

**Der 11 Punkte Plan**

- Frage 1: Krankenkasse eingetragen?
- Frage 2: Patientendaten vollständig?
- Frage 3: Datum eingetragen?
- Frage 4: Fahrtrichtung verordnet?

**Zuzahlung kassieren wenn kein Befreiungsausweis vorgezeigt wird !**

Spitzlei Abrechnungen

© November 2021  
www.arz-spitzlei.de

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h3 style="color: red;">Verordnung einer Krankbeförderung 4</h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des versicherten		
		geb. am	
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

  

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung     vor-/nachstationäre Behandlung

b)  ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (der Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

d)  Hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)     vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e)  dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f)  anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

**2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/an  J  F  M  D  K  A  S  O  N  U  J  J /  x pro Woche, bis voraussichtlich  T  T  M  M  J  J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

Taxi/Mietwagen     Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen  Tragstuhl

liegend

RTW     NAW/NEF     andere

**4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)**

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Frage 5: Behandlungsgrund angekreuzt?

Frage 6: Genehmigung vorhanden?

Frage 7: Datum / Zeitraum eingetragen wenn nicht Ausstellungsdatum?

Frage 8: Ziel eingetragen wenn nicht dieser Arzt?

Frage 9: Transportmittel angekreuzt?

Frage 10: Arztstempel Arztunterschrift vorhanden?

Frage 11: andere Adresse angegeben wenn nicht Start/Ziel = Wohnung?

**Diese Seite der Verordnung ist die Urkunde des Arztes !!!**

**Verboten sind auf dieser Seite:**

- zusätzliche Vermerke / Anmerkungen / Korrekturen vom Fahrer
- maschinell ausgestellte Verordnungen handschriftlich ergänzt (mit Kreuz etc.)
- Verwendung von unterschiedlichen Stiftfarben

**Änderungen/Ergänzungen immer vom Arzt mit Stempel UND Unterschrift bestätigen lassen!**

